

卫生技术人员进修申请表

姓 名：_____

单 位：_____

进修科室：_____

进修专业：_____

进修期限：_____

进修类别：_____（医疗、保健、护理、技师、其它

——选择一类，其余删除）

填表日期： 20____年____月____日

镇江市妇幼保健院

镇江市第四人民医院

姓 名				进修专业		免冠一寸彩照 (建议用电子照片 <50k)
性 别		年 龄		政治面貌		
技术职称				最后学历		
主 要 学 历	起 止 年 月		院 校 及 专 业 名 称			
主 要 工 作 经 历	起 止 年 月		单 位 及 科 室 名 称		职务或职称	
何 时 何 处 进 修 学 习 过 何 科 目						
从 事 本 专 业 时 间 及 技 术 水 平						
单 位 名 称					邮 政 编 码	
所在医院级别		_____级_____等医院 床位_____张			单位电话	
电 脑 水 平		熟练 较熟练 不熟练 不会			手机号码	
详细通讯地址						

医师（护士）资格证书扫描件（JPEG 格式<80k），或者复印件（勿粘贴）

医师（护士）资格证书编号：

学历证书扫描件（JPEG 格式<80k），或者复印件（勿粘贴）

学历证书编号：

进 修 内 容 及 要 求	
政 治 思 想 工 作 表 现	
选 送 单 位 意 见	(公 章) 签字： 年 月 日
接 收 单 位 科 室 意 见	签字： 年 月 日
接 收 单 位 复 审 意 见	签字： 年 月 日
说 明 1. 本表基本信息部分（选送单位意见以前的部分）均要求由申请者本人填写电子文档。 2. 申请进修人员应是思想作风好，身体健康，具有一定专业理论基础和实践技能。 3. 本表填写完成打印纸质版加盖公章后寄：江苏省镇江市正东路 20 号 镇江第四人民医院（镇江市妇幼保健院）科教科 邮编：212001；电子档发送至医务部邮箱： zj4yyjk@163.com 4. 如审核通过，我院将按计划通知进修报到时间及其它有关事项。	